Réseau des intervenants méthadone du Québec

ENJEUX MÉTHADONE



ABITIBI TÉMISCAMINGUE



Numéro 7, Février 2005

Numéro 7, février 2005

Dans ce numéro







Enjeux Méthadone... Horizon 2005

Au printemps 2002, moment où j'entrais en poste en tant que coordonnateur, le rapport sur l'évaluation de l'implantation du Sam était livré au Cran, mettant en exergue la nécessité d'accroître la visibilité du Sam auprès des professionnels.

Pour ma part, s'agissant de mener à bien la mission du service, le besoin de doter le réseau d'outils de communication susceptibles de lutter contre l'isolement professionnel, de faciliter les échanges d'information ainsi que le transfert des connaissances, m'est rapidement apparu comme une priorité.

Dans le but de concilier ces impératifs, deux stratégies furent privilégiées. La première consistait à développer le site Internet du Sam et la seconde à créer un bulletin de liaison distribué gratuitement au plus grand nombre de professionnels possible.

Bien que le développement de notre site Internet ait nécessité des délais plus importants, la production du bulletin de liaison a, quant à elle, évolué de façon très rapide. En septembre 2002, le Sam réunissait quelques volontaires et constituait un premier comité de rédaction. Par la suite, le premier numéro d'Enjeux Méthadone paraissait dès le mois de janvier 2003.

Deux années plus tard, nous publions aujourd'hui le septième numéro d'Enjeux Méthadone et croyons, plus que jamais, à la pertinence de cette publication. Il demeure en effet primordial à nos yeux qu'en tant que professionnels vous puissiez bénéficier d'une source d'information traitant spécifiquement des sujets qui vous préoccupent. Aussi, dans la prochaine année, nous publierons deux autres numéros. Le premier, traitant des difficultés posées par la dépendance aux opioïdes en matière d'exercice de la parentalité, devrait paraître en juin 2005. Par la suite, un autre numéro régulier vous sera proposé en octobre 2005.

À première vue, l'activité d'Enjeux Méthadone se poursuivra donc de façon tout à fait normale. Il faut cependant rappeler que la production de ce bulletin, qui, tous les trimestres, finit sa course sur vos tablettes, relève du tour de force. Celui-ci est en effet entièrement produit et diffusé par son comité de rédaction et l'équipe du Sam. Je profite d'ailleurs de cet éditorial pour souligner la collaboration exceptionnelle des rédacteurs qui, depuis deux années, ont pris de leur temps et de leur énergie pour écrire et vous faire partager leurs réflexions.

Outre le travail exceptionnel accompli, il est vital pour une publication comme la nôtre de garder à l'esprit le fait que le talent, l'imagination et surtout l'énergie de ses rédacteurs n'est pas sans limites. Il est donc primordial de se renouveler pour survivre. Ceci est d'autant plus fondamental que, depuis le début de cette belle aventure, le nombre de membres actifs du comité de rédaction ne cesse de décroître à chaque parution ou presque, et ce pour deux raisons tout à fait honorables et compréhensibles.

Il est donc important de trouver une solution permettant au Sam de continuer à mettre à votre disposition ce bulletin. L'une d'elle passe à mon sens par la diversification des rédacteurs. Qu'y a-t-il de plus riche, en effet, qu'un ouvrage collectif issu de la réflexion de multiples rédacteurs aux expériences et champs d'expertise complémentaires? Or, notre réseau regorge d'intervenants aux formations professionnelles diversifiées et aux champs d'expertise variés.

Chacun d'entre vous a des choses à dire, des réflexions à faire partager, des expériences cliniques à présenter ou à soumettre à vos pairs, des idées à mettre en débats.

Invitation à l'écriture

En deux mots, vous avez tous des choses à écrire. Il vous suffit de prendre le temps de vous arrêter, de sortir de votre quotidien professionnel pour organiser vos réflexions et les coucher sur papier. Alors, n'hésitez plus! Transmettez-moi vos projets d'articles sur tout sujet relié à la dépendance aux opioïdes ou tout autre sujet pertinent et le comité de rédaction d'Enjeux Méthadone se fera un plaisir de les publier.

Ensemble, nous contribuerons ainsi à faciliter le transfert des connaissances, tant au Québec que sur la scène internationale, et à harmoniser nos pratiques tout en permettant à d'autres de s'en inspirer.

Éric Fabrès
Coordonnateur du Sam

Colloque de formation interdisciplinaire: constats et questionnements soulevés

Les deux et trois décembre dernier, le Sam conviait les professionnels intéressés par les traitements de substitution à la cinquième édition de son colloque de formation interdisciplinaire qui se tenait, à Montréal, sous le thème: *« Les multiples facettes de la dépendance aux opiacés: Mieux comprendre pour mieux traiter »*.

Vous faire ici un résumé complet du contenu des trois conférences plénières et des quinze activités de formation aux choix qui figuraient au programme de l'événement serait, à mon sens, fastidieux et quelque peu indigeste. J'invite donc les personnes intéressées à consulter le programme, les résultats de l'évaluation ainsi que les résumés des différentes activités de formation à visiter la section *Formation interdisciplinaire* du site Internet du Sam.

Il me paraît toutefois intéressant de revenir sur cet événement pour tenter d'analyser les constats qu'il nous a permis de faire ainsi que les questionnements qu'il a soulevés et qui devront vraisemblablement être creusés dans l'avenir.

Une participation importante

Il est, dans un premier temps, intéressant de constater, malgré une inscription payante pour la première fois depuis la création de l'activité, que l'édition 2004 a connu un important succès en matière d'achalandage. Celle-ci regroupait en effet quelque 200 participants contre 22 en 1999, 52 en 2000, 119 en 2001 et 170 en 2003. Il m'apparaît donc raisonnable de conclure qu'au cours des cinq dernières années cet événement n'a cessé de croître en popularité, ce qui peut aisément être considéré comme un indicateur pertinent de l'intérêt grandissant qu'accordent les intervenants en toxicomanie du Québec aux traitements de substitution, modalités de traitement pourtant encore décriées il y a quelques années.

Cet intérêt grandissant des professionnels témoigne du fait que l'un des objectifs que se fixait le Sam à sa création, à savoir promouvoir le traitement avec la méthadone en s'appuyant sur les preuves scientifiques de son efficacité, est en voie d'être atteint. Bien entendu, les problèmes d'accessibilité au traitement demeurent et méritent qu'on leur apporte une attention constante. Toutefois, malgré ces difficultés, des dispositifs permettant d'offrir des services de traitement avec la méthadone sont implantés dans la plupart des régions du Québec.

Objectifs d'apprentissage visant une approche globale

Considérant qu'en matière de formation les objectifs de mise en réseau ont été atteints au cours des quatre premières éditions du colloque, le comité scientifique jugeait important de nous proposer de réfléchir ensemble aux façons d'optimiser l'efficacité du support que nous offrons aux personnes dépendantes des opiacés. Pour cela, il a choisi de constituer un programme de formation permettant d'aborder la dépendance en tant que problématique multifactorielle complexe nécessitant des stratégies de traitement interdisciplinaires intégrées dans un continuum de service.

Un message univoque...

À l'issu de cet exercice, un message univoque se dégage. Bien que ne remettant pas en cause la pertinence du traitement médical de la dépendance aux opiacés, bien au contraire, les conclusions de ce colloque nous rappellent l'importance de nous méfier de la tendance naturelle, incombant à notre condition humaine, qui peut facilement nous conduire à une dérive scientiste consistant à limiter l'intervention auprès des personnes dépendantes des opioïdes à des pratiques ayant la réduction des méfaits sanitaires comme objectif ultime.

Le Dr Robert Brès, médecin psychiatre français, nous disait en effet, lors de la plénière de clôture, que pour lui la méthadone est une bonne réponse en matière de traitement de la dépendance aux opiacés, mais qu'elle ne constitue pas pour autant une solution aux problèmes complexes qui nous sont présentés

par la plupart des patients dépendants des opioïdes.

La méthadone permet, certes, une meilleure gestion des risques reliés à la dépendance aux opioïdes, ce qui n'est pas à négliger. Elle a par ailleurs la vertu de donner du temps aux patients qui jusqu'alors n'en avaient pas. Elle ne permet cependant ni de meubler ce temps retrouvé, ni d'aider la personne à l'utiliser dans le but d'améliorer ses conditions de vie. Au contraire, un certain nombre de patients traités avec la méthadone ont recours à la consommation d'alcool, de cocaïne ou d'autres drogues pour faire de ce temps retrouvé quelque chose de supportable.

Quelle que soit notre fonction, les difficultés que rencontrent la plupart des personnes traitées avec la méthadone à faire face à ce temps, à l'ennui, à la démotivation, devraient nous questionner. Or, et c'est ce que dénonçait le docteur Brès, même si la recherche qualitative en la matière n'est pas à négliger, la connaissance scientifique des aspects psychosociaux de la dépendance aux opioïdes est bien moindre que la connaissance scientifique relative à ses aspects sanitaires.

L'intervention psychosociale: une dimension essentielle du traitement

Dans ce contexte, les intervenants psychosociaux ont du mal à faire entendre leur voix au sein d'équipes multidisciplinaires encore trop inféodées au pouvoir médical. Bien entendu, dans la plupart des cas, les médecins sont de bonne foi lorsqu'ils affirment que l'intervention psychosociale est déterminante dans le traitement. La littérature scientifique abonde par ailleurs dans ce sens. Cependant, dans notre société nord-américaine, empreinte de philosophie médicale «Bernardienne», l'intervention relative aux aspects psychosociaux est trop souvent reléguée au support technique en matière d'insertion sociale, le risque étant de laisser les patients seuls face à ce temps, aux allures d'infini, qu'il faut apprendre à gérer, seuls face aux codes de cette société complexe qu'il faut apprendre à respecter, seuls face aux doutes existentiels avec lesquels ils peuvent être aux prises, etc..

En effet, s'attaquer aux aspects psychosociaux de la dépendance revient à agir en se basant sur des faits peu scientifiques. Or, la pression scientiste est forte, aussi, la tentation de ne s'attaquer qu'à des problèmes pour lesquels on a une réponse scientifique l'est aussi. C'est alors que le risque de réductionniste devient fort à son tour. Ledit réductionnisme réside en le fait d'être tenté de proposer un traitement médical de la dépendance et, parallèlement, de faire reposer l'entièreté de la responsabilité de l'inscription dans une dynamique de changement sur les épaules de l'individu lui-même, quelles que soient ses difficultés et son contexte de vie.

Malgré les incertitudes, malgré les doutes qui traversent nos interventions, ce colloque nous invite donc à ne pas nous « débarrasser » des personnes toxicomanes en se contentant de contribuer à réduire les méfaits auxquels elles s'exposent, mais bien à nous en « embarrasser » pour tenter de les accompagner, aussi longtemps que nécessaire, dans la recherche de la meilleure qualité de vie possible.

La prise en compte des effets indésirables

Bien entendu, éviter le réductionnisme consiste tout autant à dépasser le discours selon lequel il n'existe pas de traitement sans effets indésirables et que les patients doivent, s'ils souhaitent rester en traitement, apprendre à vivre avec ceux-ci. Travailler avec les patients à la recherche de la meilleure qualité de vie possible passe par la reconnaissance des effets indésirables de la méthadone ainsi que par la recherche de solutions pour les minimiser, voire les neutraliser. Ce message, que le Dr François Couturier tente de faire passer depuis deux années, est, semble-il, de mieux en mieux reçu par les professionnels, ce qui donne lieu à une véritable prise de conscience qui, espérons-le, se traduira par des actes concrets, tant en matière de recherche que sur le plan clinique.

C'est pour ma part les grandes leçons que j'ai tirées de ce colloque sur le plan du contenu. Il me semble tout de même important, en guise de conclusion, de souligner que cette activité de formation m'apparaît comme un lieu de rencontre interdisciplinaire unique. Celui-ci a en effet la grande richesse de permettre à des intervenants de formations et de cultures professionnelles différentes de se rencontrer, de se parler et d'échanger leurs points de vue. C'est à mon sens l'un des grands leviers qui nous permettra de lever les barrages interdisciplinaires qui résistent encore, nous permettant du même coup de nous éloigner de toute tendance réductionniste au profit d'une offre de prise en charge globale, interdisciplinaire et intégrée.

Éric Fabrès
Coordonnateur du Sam

Burlington, Vt., USA

« Octobre n'a jamais été aussi rouge que jeudi dernier -- rouge brique dans les érables, rouge sang dans les sorbiers». Ce sont les mots de Pierre Foglia (chroniqueur au journal *La Presse*) pour décrire les paysages du Vermont du 16 octobre dernier.

Ces dernières années, le Vermont aurait connu une augmentation du nombre de consommateurs et de décès par surdoses d'héroïne. C'est du moins ce que mentionnait le *Burlington Police Department* dans un reportage télévisé qui rapportait que ces personnes étaient aux prises avec de graves problèmes de dépendance pour lesquels il y avait peu de ressources. Rappelons que jusqu'en 2000, le Vermont faisait partie d'un groupe d'États américains où la substitution avec méthadone dans les traitements de la toxicomanie était interdite. Parmi les États où la substitution serait encore illégale aujourd'hui, on trouve l'Idaho, le Mississippi, le Montana, le Dakota du Nord et du Sud et le Wyoming. Le comité de rédaction d'Enjeux Méthadone était intéressé à connaître le sort réservé aux consommateurs d'opiacés de cet État (estimés entre 2 000 à 3 000) et la place qu'occupaient les traitements de substitution avec méthadone chez ce voisin du Sud.

Population du Vermont

608 827 habitants en 2003

2000 à 3000 consommateurs d'opioïdes

120 personnes en traitement méthadone

Les enjeux politiques

Pendant près de 12 ans, M. Howard Dean, de profession médicale et ancien gouverneur du Vermont, résiste à la mise en place de traitements de substitution avec méthadone. Il allègue que les centres de traitement attireraient un nombre accru de toxicomanes du Vermont et des États limitrophes et à l'encontre de la littérature scientifique, il prévoyait une augmentation de la criminalité. Plusieurs groupes de pression s'opposent à l'ouverture d'une clinique, dont cinquante-quatre médecins de la ville de Rutland, considérée pour la mise en place d'une clinique au nord de l'État, dénoncent le fait que l'argent de l'État serve à financer les traitements de substitution avec méthadone au lieu de l'investir dans des programmes de prévention de la consommation et d'éducation.

En dépit des oppositions, l'État du Vermont légifère, en mai 2000, en faveur de l'offre de traitement à long terme avec la méthadone et met fin à de longs débats sur les services à mettre en place pour faire face aux problèmes de la consommation d'héroïne. Le gouverneur Dean négocie alors un compromis avec les législateurs stipulant que les traitements et la médication devraient être distribués dans un environnement contrôlé et qu'aucun privilège ne pouvait être accordé avant deux ans de sobriété. L'esprit de ces règles impose que les centres de traitement doivent trouver place dans une institution médicale reconnue ou un hôpital universitaire qui veut bien se porter garant de la qualité des soins qui seront donnés. Il implique également que la médication ne peut être disponible que dans la clinique qui dispense les soins, ce qui est grandement restrictif. Ces règles ont été renouvelées, en mai 2004, bien que des personnalités politiques (le gouverneur et le sénateur de l'État) se soient prononcées en faveur de leurs allègements.

Pendant que se faisaient les débats sur la mise en place des traitements de substitution avec méthadone, les omnipraticiens du Vermont obtiennent le droit de prescrire de la buprénorphine aux toxicomanes, en clinique privée, en octobre 2000. Cependant, si la buprénorphine est disponible en clinique privée pour un nombre limité de clients, la prescription de méthadone demeure, tout comme en France, réservée au seul centre spécialisé.

Dans les dernières années, dans l'État du Vermont, on note une augmentation importante de la consommation abusive d'héroïne et d'OxyContin®.

Il est par ailleurs estimé que 2 millions d'Américains abusent de ce médicament.

(Source: National Household Drug Survey of 2002)

Un seul centre spécialisé pour tout l'État

Les informations relatives à l'augmentation de la consommation d'héroïne et d'OxyContin®ont été validées par les responsables de la clinique. Malheureusement, ils se voient dans l'obligation de refuser de nombreuses demandes puisque, d'une part, le nombre de clients admissibles est limité, par les règles en vigueur, à 120 personnes et, d'autre part, du fait des critères d'admission qui restreignent l'accès en traitement aux personnes ayant fait plusieurs tentatives d'arrêt. Les responsables du projet souhaitent fortement que les règles fédérales s'assouplissent, car ils sont à même de constater que cette absence de services aggrave chez cette population leur état de santé physique et psychologique. De plus, ils ont le sentiment qu'ils pourraient faire plus et que la clientèle ne reçoit pas les services en fonction de leurs besoins.

Chittenden Center est encore l'unique clinique de tout le Vermont à offrir depuis maintenant deux ans le traitement avec méthadone. Les services sont administrés par le centre de santé universitaire de Burlington et gérés par un médecin et une coordonnatrice ayant travaillé dans le projet de recherche sur la buprénorphine. L'équipe comprend aussi des travailleurs sociaux, des infirmières, une technicienne de laboratoire et une réceptionniste. Malgré un grand roulement de personnel dû à un manque de financement, l'équipe arrive à maintenir une approche commune.

Un suivi informatisé

Nous avons visité la clinique en suivant le parcours emprunté par la clientèle. Dès leur arrivée, les clients s'identifient à la réceptionniste. Celle-ci a accès aux dossiers informatisés et peut certifier l'identité du client avec la photo qui apparaît sur l'écran. Attachée au dossier apparaît une liste de tâches que les clients auront à compléter pendant leur passage au centre.

S'ils doivent faire un test d'urine supervisé, ils se dirigent dans les toilettes adjacentes à la fois à l'entrée et au bureau de la technicienne. Les toilettes sont équipées de miroirs sans tain, ce qui permet de superviser les tests tout en offrant aux clients une relative intimité. La technicienne est responsable de cette supervision et par la suite d'analyser chaque jour les tests d'urine, du niveau d'alcool dans l'organisme ou autres tests demandés. Toutes ces demandes représentent une tâche énorme puisque les clients auront deux tests d'urine supervisés par semaine jusqu'à ce qu'ils soient reconnus stables par l'équipe traitante. L'appareillage de son bureau est d'ailleurs à la fine pointe de la technologie. Elle dispose d'un appareil fourni par le centre hospitalier qui occupe presque tout l'espace disponible de son bureau, et elle peut aussi choisir d'utiliser un détecteur laser qui vérifie la chaleur des spécimens. Compte tenu de l'importance et de la confiance accordées aux tests d'urine et de sa capacité à réagir vite puisqu'elle peut fournir sans délai un résultat d'analyse, elle est un membre important de l'équipe traitante. Elle peut également évaluer le taux d'alcool dans l'organisme ce qui, selon la coordonnatrice de l'équipe, s'est révélé très utile pour convaincre certains clients de ne pas conduire leur véhicule automobile. Le Vermont étant un État principalement rural, les clients de la clinique peuvent parfois venir de très loin et ils ont fortement intérêt à conserver leur permis de conduire pour la continuité de leur traitement.

La dispensation de la méthadone à leur clinique est une activité centrale puisqu'elle est le seul endroit autorisé par l'État à dispenser la médication. On peut imaginer que l'utilisation du réseau de pharmacies dans la communauté a fait des envieux chez ces professionnels qui souhaitent plus d'accessibilité à la médication pour la clientèle. Tant et aussi longtemps que l'on jugera le client instable, il devra se présenter tous les jours pour recevoir sa médication. La définition de la stabilité figure dans un manuel de trente et une page remis aux clients afin

qu'ils donnent leur consentement éclairé sur les services à recevoir et au bas duquel ils apposent leur signature. La définition de la stabilité physique, psychologique et sociale est la suivante : un client est stable s'il est engagé dans des activités, s'il n'a plus d'enjeux légaux, s'il travaille à la maison ou à l'extérieur, s'il a repris ses études et, bien sûr, s'il a des tests d'urine négatifs pour la recherche de drogue. À ce moment-là, il pourra rencontrer son intervenant psychosocial une fois par mois et ne devra plus se plier qu'à un test d'urine non supervisé. À ce stade aussi, la coordonnatrice nous confie qu'elle pourra autoriser le client à apporter sa médication avec lui pour la fin de semaine.

C'est tôt le matin que l'achalandage à la clinique est le plus dense, qu'il y a lieu de gérer les arrivées et les départs et que le personnel est le plus nombreux. Les heures d'ouverture sont effectivement prévues pour faciliter la vie des clients qui prennent leur médication chaque jour avant de se rendre au travail. Pour eux, les portes de la clinique ouvrent dès 6h30 le matin pour une période allant jusqu'à 11h. Une autre période, plus tranquille, est disponible pour une demi-heure à partir de 13h pour les clients qui ont moins d'obligations.

Toujours à l'aide de l'informatique, une infirmière identifie le client à qui elle remet sa médication. Le dosage de la médication est mesuré par un ordinateur à qui l'on commande de verser la solution mère. À cette solution, on ajoute le jus pour le goût et pour la sécurité, comme ici. Travaillant derrière une vitre pare- balle, l'infirmière présente la médication par une étroite ouverture au bas de la vitre. Lorsque tout a été accompli sur sa liste, le client peut repartir et vaquer à ses occupations. Par contre, si le client est inconfortable avec sa dose, s'il désire discuter d'un problème de santé ou de médicament, il peut consulter sans rendez-vous une infirmière qui pourra réajuster sa médication ou traiter un autre problème de santé après avoir consulté le médecin de garde.

Avec regret, nous avons eu peu d'informations sur le suivi fait par l'équipe psychosociale. Notre discussion sur l'heure du dîner nous a permis de constater qu'une approche plus flexible ne leur est pas permise. Le sourire de la coordonnatrice en disait long sur le peu de manœuvres dont la clinique dispose pour influencer les règles fédérales.

Un seul centre de traitement pour tout l'État du Vermont

Limité à 120 places de traitement avec la méthadone

Pas de distribution de méthadone en pharmacie

Modalités de traitement

Dispensation de la médication sur place
2 tests d'urine supervisés par semaine (pendant deux ans environ)

Consultation psychosociale obligatoire tant que le patient n'est pas considéré comme stable

Passage à la clinique possible entre 6h30 et 11h00 et entre 13h00 et 13h30

L'avenir

Une lueur d'espoir tout de même nous a été mentionnée par la coordonnatrice. Pour offrir des services aux personnes éligibles à des traitements de substitution, le *Vermont's Health Commissioner* propose la mise sur pied d'une unité médicale mobile qui se déplacerait dans le nord de l'État entre Newport et St. Johnsbury. Bien sûr la loi l'interdit, mais un projet de loi en ce sens est à l'étude par la *Vermont House of Representatives Healf and Welfare Commitee.*

Le hasard a fait qu'Enjeux Méthadone suive le chemin décrit par Pierre Foglia ce 16 octobre dernier. Comme lui, nous avons vu sur la route du retour les rouges des érables et des sorbiers et aussi des jaunes et des oranges qui brillaient dans le soleil de fin de journée.

Pierrette Savard
Intervenante psychosociale au Cran

Dr Jean-Guy Ricard
Médecin de famille en Abitibi-Témiscamingue

Soucieuse de faciliter les échanges d'informations et de pratiques, la revue Enjeux Méthadone s'est intéressée, pour ce numéro, à la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

Évelyne Bergeron, intervenante psychosociale au Centre Domrémy Mauricie/Centre du Québec est allé rencontrer pour vous un médecin de famille de cette région, le Dr Jean-Guy Ricard, dont la singularité réside dans le fait d'être un des rares prescripteurs de méthadone à desservir ce vaste territoire. Il travaille exclusivement en établissement où il traite les petits et grands bobos en service d'urgence, en psychiatrie, en CHSLD et au CLSC de Malartic où est situé son bureau.

L'Abitibi en quelques chiffres

Superficie de la région: 65 000 km2
Population: 145 000 habitants

54,8% de la population vit en milieu urbain. En comparaison, c'est 80% des habitants du Québec vivent en milieu urbain

Dans cette région, l'accessibilité aux traitement avec la méthadone n'est pas assurée par le Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autre toxicomanes. Cependant, il semblerait que des démarches visant à pallier à cette situation soient en cours

Enjeux Méthadone : Dr Ricard, comment en êtes-vous arrivé à vous intéresser aux problèmes de toxicomanie?

Dr Ricard : Mon implication auprès de patients aux prises avec des problèmes de santé mentale m'a amené à travailler avec nos psychiatres ; ceux-ci sont majoritairement européens et ils ont la particularité d'aborder de front la problématique de toxicomanie contrairement aux psychiatres nord-américains qui la considèrent davantage comme un symptôme. Je me suis impliqué avec eux dans des recherches et le suivi de plusieurs patients toxicomanes, développant ainsi mes habiletés et mon intérêt pour cette clientèle. De plus, une forte proportion de mes patients présentait des problèmes de douleur chronique et j'avais élaboré avec eux une pratique et un intérêt particulier pour cette problématique que j'ai souvent eu à défendre devant la CSST. J'aime beaucoup traiter ce genre de dossier. La méthadone m'est apparue dans la littérature comme un médicament de plus, s'ajoutant aux possibilités; j'ai commencé à la prescrire pour son efficacité avec certains patients et non par intérêt particulier pour le produit. Je crois être l'un des premiers médecins au Québec à avoir prescrit de la méthadone en comprimés. J'ai obtenu le permis en quelques semaines, ce que je considère comme une formalité administrative très simple. Je ne comprends




d'ailleurs pas les appréhensions des médecins à

prescrire cet opioïde dont l'utilisation n'est pas plus compliquée que les autres opioïdes, dangereux certes, face auquel on doit s'assurer de certaines précautions, mais guère plus que certains autres médicaments qui ont un potentiel létal bien plus élevé.

Enjeux Méthadone : Comment avez-vous débuté à traiter spécifiquement des narcomanes?

Dr Ricard : Au milieu des années '90, le centre hospitalier de Val-d'Or venait de recevoir une patiente enceinte, sous traitement à la méthadone, venue pour accoucher, mais aussi dans l'intention de changer de vie. Personne ne se sentait à l'aise de traiter cette dame, ils ont été pris au dépourvu, ils se sont adressés à moi parce que je connaissais le produit et son mode d'utilisation. J'ai accepté d'abord par compassion et par humanisme. Ses amis, ses connaissances se sont ensuite adressés à moi, c'est à ce moment que j'ai décidé d'offrir la méthadone à qui en avait besoin, toxicomanes, souffrants chroniques ou autres. Aujourd'hui, je ne peux dire combien de patients j'ai traités, car il y a beaucoup de mouvement, de déménagements, mais actuellement je compte environ 40 patients. L'organisation des services du Sam, vers la fin des années 90, a aussi été déterminante dans ma motivation; on m'a invité à des colloques où j'ai rencontré des gens vivant des préoccupations semblables aux miennes, j'ai pu constater que l'organisation était bien structurée, capable de me supporter, j'ai d'ailleurs reçu du Dr Pierre Lauzon un support inestimable et pour lequel je lui suis très reconnaissant. J'ai eu envie de m'impliquer.

Enjeux Méthadone : Comme vous êtes encore le seul, ou presque, à prescrire ce médicament, votre région est très grande, 65,000 km carrés, 145,000 de population, quelle distance doit franchir vos patients pour vous rencontrer?

Dr Ricard : C'est une particularité de notre région; certains de mes patients franchissent jusqu'à 250 km pour venir me voir. D'une certaine façon, comme les services sont rares, ça facilite la consultation; ils savent qu'ils n'ont aucune alternative alors qu'ils aiment ou non, ils ont intérêt à collaborer. Le même phénomène prévaut dans les pharmacies. Il m'a fallu rapidement constituer un réseau de pharmacies sur tout le territoire et développer avec elles des relations de confiance mutuelle afin qu'on puisse travailler avec souplesse, tout en respectant les exigences administratives; par exemple, avoir la possibilité de prescrire par téléphone, ou un pharmacien qui sert la méthadone une fin de semaine même s'il ne me rejoint pas suppose qu'on ait créé des liens entre nous. Les patients ont la possibilité d'être remboursés pour leurs déplacements par l'Agence régionale de santé et services sociaux, mais je demeure quand même très irrité par le fait que mes autres confrères ne s'impliquent pas, les forçant ainsi à effectuer des déplacements énormes, et ce, aux frais des contribuables.



Dr Jean-Guy Ricard
Médecin de famille à Malartic, Abitibi

Le Dr Ricard est actuellement le seul médecin prescripteur de méthadone de la région traitant des patients dépendants des opioïdes.

Il a commencé à utiliser cette molécule dans le traitement de la douleur en raison de son efficacité, documentée dans la littérature.

C'est la nécessité de prendre en charge une patiente enceinte, en traitement avec la méthadone, qui l'a conduit à utiliser cette médication dans le cadre du traitement de la dépendance aux opioïdes.

Enjeux Méthadone : Quel type de patients traitez-vous avec la méthadone?

Dr Ricard : Au début, je m'attendais à traiter surtout des dépendants des opioïdes, mais à la longue j'ai reçu, dans une même proportion, des héroïnomanes. Une autre partie de mes patients est constituée de gens ayant été traités pour de la douleur par d'autres médecins qui leur ont prescrit des narcotiques de façon très libérale, ce qui est correct en soi, mais qui se sont peu souciés des effets secondaires à long terme et face à qui ils se sont désengagés; ces patients ont développé des comportements toxicomanes aberrants avec lesquels ils se retrouvent coincés. Ces gens passent pour des narcomanes alors que leur demande ultime ne se situe pas à ce niveau; ils ne cherchent pas l'aspect récréatif, mais le soulagement. Je passe d'ailleurs énormément de mon temps avec mes confrères à faire quotidiennement de l'éducation de base; je leur rappelle souvent les objectifs de réduction des méfaits. Actuellement, l'endroit qui me laisse le plus perplexe c'est le milieu carcéral. J'y vois régulièrement des pratiques non conformes aux normes de sécurité du traitement et certains médecins me font savoir qu'ils ne croient pas au traitement à la méthadone et optent plutôt pour la contention croyant régler ainsi le problème. Il m'apparaît y avoir une méconnaissance et un certain déni des véritables problèmes internes.

Enjeux Méthadone : D'après vous que faudrait-il faire pour améliorer la qualité des soins aux narcomanes de votre région?

Dr Ricard : Je souhaite qu'ils aient accès à des services de qualité, plus près de chez eux; je souhaite une plus grande implication de mes confrères médecins pour qu'ils offrent à l'intérieur d'une pratique de médecine familiale des soins pour ce type de patients. Dans un milieu comme le nôtre, tout se sait. Si vous êtes une vedette locale, si on sait que vous êtes un narcomane, votre réputation est perdue; pour cette raison, je privilégie une pratique en médecine familiale, car l'immense avantage vient du fait que personne ne connaît le motif de votre consultation et même si vous sortez avec une prescription de méthadone, le pharmacien qui la sert

> Compte tenu du contexte géographique dans lequel il exerce, le Dr Ricard est régulièrement amené à hospitaliser les patients pour débuter le traitement avec la méthadone.
>
> Par la suite, lorsque les patients résident à plus de 100 kms de la pharmacie la plus proche, celui-ci ne peut leur demander de se déplacer quotidiennement pour boire leur médication devant le pharmacien.
>
> Il lui est alors nécessaire d'utiliser son bon jugement afin d'adapter sa pratique à l'esprit des lignes directrices qu'il ne peut suivre à la lettre.

n'en connaît pas nécessairement la raison. J'ai d'ailleurs constaté que le fait de prescrire de la méthadone en comprimés a contribué à changer l'image de ce traitement puisqu'il est prescrit à des gens souffrant de douleur chronique, mais aussi à des narcomanes. Le meilleur exemple que je puisse donner c'est le cas d'un homme sous traitement méthadone pour un problème de dépendance et qui devait partir travailler 3 semaines dans le bois à 150 km de toute pharmacie; il ne pouvait partir avec un gallon de méthadone et j'étais incapable de lui dire de rester sur le bien-être social compte tenu de l'aspect thérapeutique d'un travail bien rémunéré. Je n'ai eu aucune difficulté à le justifier aux ordres professionnels. N'empêche qu'en prescrivant d'une façon souple, j'ai vu bien des mentalités s'assouplir et j'en suis fier malgré le fait que ma pratique ne fait pas toujours l'unanimité auprès de mes confrères; à ceux qui me critiquent, je réponds : il y a des règles et des guides de bonne pratique écrits, la médecine est une science et un art et ses règles ne sont pas des lois. Un médecin bien formé à l'utilisation de la méthadone, qui connaît bien ses patients, doit avoir une certaine liberté de pratique pour être capable de juger ce qui est acceptable ou pas. Pour moi la chose la plus difficile, et avec laquelle je me fais prendre parfois, c'est la question des privilèges. Je suis souvent obligé de donner des

privilèges à des patients plus ou moins bien organisés, je le sais, vivant à plus de 100 km de la pharmacie la plus proche; je ne peux leur demander d'aller en pharmacie tous les jours. On tente d'utiliser d'autres moyens comme l'hospitalisation pour installer le traitement, puis retour dans leur milieu avec 1 ou 2 visites en pharmacie par semaine; on sollicite aussi, lorsque c'est possible, une personne de l'entourage qui aide à gérer la médication. Les patients sont prévenus dès le départ qu'ils ne reçoivent pas un privilège, mais une responsabilité. Je dirais quand même de façon générale que ce sont des patients très gratifiants, jeunes, en bonne santé et lorsqu'ils vont mieux, ils présentent des changements enthousiasmants, parfois même spectaculaires; certains se marient, ont des enfants, retournent sur le marché du travail. Il n'est pas rare de recevoir de leur entourage des témoignages ou des gestes de gratitude fort encourageants.

Enjeux Méthadone : Comment se sont passés les accouchements des femmes sous traitement méthadone?

Dr Ricard : Ça n'a créé aucun problème, nos pédiatres sont très à l'aise, leur formation les a très bien préparés à faire face au problème particulier que pose le sevrage d'un bébé; la majorité d'entre eux ont fait leurs études en milieu anglophone, je ne sais pas si cela a un rapport…

Enjeux Méthadone : Vous travaillez encore de façon très isolée avec la méthadone sur votre territoire, comment vous organisez-vous lors de vos vacances?

Dr Ricard : Tous mes patients en traitement méthadone ont mon numéro de téléavertisseur, de même que tous les pharmaciens et ma secrétaire. Mes patients sont prévenus qu'en cas de problème, ils s'adressent au pharmacien qui m'appelle et s'il ne me rejoint pas, passe par ma secrétaire qui elle peut me rejoindre à peu près partout. Lorsque je ne suis pas certain que ça fonctionnera, je fais appel au Sam qui peut alors assurer un certain suivi. Aucun de mes patients ou pharmaciens ne s'est jamais plaint d'un manque de service.

Au moment de cette rencontre, le Dr Ricard assistait à une assemblée de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, à Montréal, avec l'intention de sensibiliser sa fédération afin qu'elle l'appuie dans son combat; il défend le droit d'obtenir pour sa région une reconnaissance concrète du service de garde qu'il assume bénévolement pour ses patients narcomanes. Il souhaite que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse cette problématique et assure une compensation financière au même titre que les autres services de garde reconnus. Il ne mène pas cette bataille pour lui-même, mais plutôt pour favoriser l'implication d'autres confrères en région afin de rendre ce service accessible sur l'ensemble des territoires. Il n'est pas seul, messieurs Alcide Huard, directeur général par intérim du Centre Le Normand, et Ghislain Beaulé, porteur du dossier toxicomanie à l'Agence régionale, rejoints par téléphone, confirment eux aussi leur très grande préoccupation face à cette problématique et entreprennent actuellement des actions concrètes en vue de définir une offre de services structurée, comportant les volets médical et psychosocial pour l'ensemble du territoire. Pour le moment, le Dr Ricard réussit à offrir un service très professionnel aux narcomanes grâce à la souplesse et la confiance qu'il a su construire avec ses partenaires. Ce jeune médecin en début de quarantaine impressionne par sa combativité, son audace et par l'immense compassion que l'on sent lorsqu'il parle de ses patients. Ce passionné travaille sans compter ses heures, il dit n'avoir jamais su compter. On se demande où il trouve le temps de vivre, il se montre très discret sur sa vie privée, mais il a laissé poindre qu'il a une femme, des enfants qu'il accompagne dans leurs activités, un skidoo, enfin la vie…

Evelyne Bergeron
Intervenante psychosociale, Domrémy MCQ

Rencontre annuelle des personnes-pivots décisive

Depuis son implantation en 2000, le Sam a le souci constant d'offrir aux professionnels engagés dans le traitement de la dépendance aux opioïdes avec la méthadone des services d'appui adaptés le plus possible à leurs besoins. C'est dans ce but qu'a été constitué le réseau des personnes-pivots qui, outre les échanges réguliers, se réunit une fois par année. Pour l'année 2004, cette rencontre avait lieu le 8 octobre dernier, à Montréal.

Je ne suis bien entendu pas en mesure de vous livrer ici un compte-rendu complet de cette rencontre. J'invite donc les personnes souhaitant bénéficier d'une information plus complète à consulter le compte-rendu officiel de cette réunion sur le site Internet du Sam, dans la section *Outils de travail à télécharger*. Toutefois, un certain nombre de points portés à l'ordre du jour ayant donné lieu à des débats et/ou prises de décisions susceptibles d'intéresser bon nombre d'entre vous, je vous propose un compte-rendu succinct des points les plus marquants de cette journée.

Cadre de référence

Dans un premier temps, messieurs Denis Boivin et Guy Vermette, respectivement chargés des dossiers toxicomanie à l'Agence de Montréal et consultant chargé de l'élaboration du cadre de référence en matière de traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution, présentèrent à l'assemblée l'état d'avancée des travaux d'élaboration dudit cadre de référence. Cette présentation, fort appréciée, permit aux personnes-pivots de prendre connaissance de la structure du document à venir et de réaliser le poids de leur positionnement. En effet, malgré le fait que cela n'était pas initialement prévu dans le devis déposé par le consultant, suite au mandat visant à la production d'un guide de bonnes pratiques que les personnes-pivots avaient confié au Sam, lors de leur rencontre annuelle de 2002, la structure du cadre de référence a été modifiée de façon à y inclure un guide de bonnes pratiques.

Services correctionnels

Un peu plus tard dans la journée, mesdames Chantal Fontaine, responsable des services de santé, et Suzanne Pelletier, coordonnatrice des programmes de traitement avec la méthadone pour le Québec au sein des Services correctionnels du Canada, nous présentaient les services de traitement avec la méthadone mis en place au sein des établissements de détention fédéraux. Cette présentation, elle aussi très appréciée, permit à l'assemblée de se faire une idée plus précise du défi que représente l'organisation de service à l'intérieur des murs.

Les difficultés de collaboration avec les Services correctionnels du Québec ont, par ailleurs, fait l'objet d'une importante discussion. Celle-ci s'est soldée par une résolution de l'assemblée donnant au Sam le mandat de préparer un projet de lettre dénonçant le manque de médecins prescripteurs de méthadone dans ses établissements, situation mettant parfois les médecins prescripteurs des patients incarcérés dans une situation délicate. Cette lettre dénonçait de même le manque de formations spécifiques de l'ensemble des intervenants. Celle-ci, signée par de nombreuses personnes-pivots, a été transmise, début janvier, au directeur de la sécurité publique.

Accessibilité

Pour finir, l'accessibilité aux traitements de substitution étant toujours très problématique dans la région de Montréal, l'équipe du Sam tenait à consulter les personnes-pivots afin de dégager de nouvelles pistes d'action visant à tenter d'endiguer cette situation de pénurie. Compte tenu des réformes actuellement en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux, les personnes-pivots ont jugé opportun de relancer les travaux du comité pour l'accessibilité de la méthadone. Après avoir analysé précisément l'impact des réformes en cours en matière de répartition des missions, le Sam interpellera donc, dans les prochaines semaines, les instances compétentes afin que de nouvelles stratégies visant au développement de l'accessibilité soient élaborées et appliquées.

Nous vous tiendrons bien évidemment informés des divers développements qui se produiront dans ces différents dossiers.

Éric Fabrès
Coordonnateur du Sam

Revue de Littérature

Sleep and Methadone Maintenance

The inability to initiate and maintain sleep impacts profoundly on quality of life. The etiology of sleep disturbance is complex and multifactorial; issues commonly associated with this problem seem to exist in high rates among patients on methadone maintenance. A recent study sought to examine the prevalence of sleep disturbance in this population.

A cohort of 225 methadone maintained patients were evaluated for sleep disturbance using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), wherein a score >5 indicated poor sleep quality. They were also evaluated for alcohol, heroin, cocaine, sedative and marijuana use. They were screened for affective disorders, severity of nicotine dependence, and pain.

Analysis of collected data revealed 84% of subjects had PSQI scores of >6, indicating a high percentage of sleep related problems. Factors seen to be associated with or predictive of high PSQI scores were anxiety, depression, nicotine dependence, unemployment, and pain. Methadone itself may be a contributing factor in sleep abnormalities; the link appeared to be dose-related and warrants further investigation as to significance.

Sleep disturbance in the methadone maintained population is a common complaint, this study seems to indicate that screening for and subsequent treatment of the modifiable psychological factors and lifestyle issues commonly associated with this problem would improve quality of life in this clientele.

Cynthia Scotland
Nurse at the Herzl Clinic

Stein, M.D. et al. Sleep disturbance among methadone maintained patients. Journal of Substance Abuse Treatment 2004; 26:175-180

En bref

Matériel d'injection sécuritaire

Une enquête sommaire réalisée par l'équipe infirmière des services réguliers du Cran révèle qu'à Montréal, indépendamment des secteurs géographiques, il est toujours difficile pour les usagers de drogues par injection d'avoir accès à du matériel d'injection sécuritaire en pharmacie.

À ce titre, il est rappelé aux pharmaciens de l'île que la Direction de la santé publique de Montréal (communiqué de février 2004 diffusé sur le site du Sam), dans le cadre du programme « STOP SIDA/ UDI-pharmacies », met gratuitement à leur disposition des **trousses de prévention pour les utilisateurs de drogues par injection**.

Ces trousses comprenant 4 seringues, 4 ampoules d'eau, 4 Sécuricup, 4 tampons d'alcool, 3 condoms ainsi qu'un dépliant explicatif, se présentent sous la forme d'un sac opaque de couleur mauve portant les inscriptions MIP (pour Matériel d'Injection Personnel).

La vente sans ordonnance de seringues étant autorisée par la loi, en accord avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, ces trousses de prévention peuvent être vendues en pharmacie au prix maximum d'un dollar.

Pour plus d'information, et pour commander des trousses, les pharmaciens intéressés peuvent communiquer avec madame Louise Durand, à la Direction de la santé publique de Montréal au (514) 528-2400 poste 3839.

Straight Addictions

Quick : What's the most popular mind-altering drug in the world ? Withdrawal symptoms may include craving, irritability, flu-like symptoms, nausea-vomiting, and depressed mood. Need another hint? You may be using it while you read this…

With café's proliferating like opium dens the answer shouldn't surprise you: caffeine. What may surprise you is how little it takes to get hooked. In the 80-90% of the U.S. population that report regular use, the mean daily intake is 280mg – whereas abstinence from doses as little as 100mg/day (one cup) can produce symptoms. Among those normal coffee drinkers who choose to go cold turkey, withdrawal symptoms can cause significant impairment in functioning: 13% find it necessary to skip work or cancel daily chores. Subjects meeting DSM-IV criteria for substance dependence applied to caffeine show a 73% rate of functional impairment in abstinence conditions.

Roland Griffiths, a psychologist and neuroscientist at the Johns Hopkins School of Medicine, takes caffeine seriously. Having previously studied nicotine and cocaine, he became interested in caffeine when he realized that "it controls behaviour" and would therefore be a good model for analyzing the addictions process. He and a colleague conducted a comprehensive review and analysis of the literature – including 57 studies covering the last 170 years – with the goal of empirically validating the specific symptoms and signs of human caffeine withdrawal.

While many studies have examined withdrawal symptoms by comparing baseline caffeine maintenance with acute abstinence states, the flaw in this approach is that one cannot tell whether differences are true withdrawal symptoms, or just reflect an absence of the direct effects of caffeine (i.e., is low energy a withdrawal symptom, or just the absence of caffeine's boost?). So studies that seem the most useful are those which manipulate, or vary, the caffeine maintenance dose. If withdrawal symptoms reflect a true pharmacologic process, then symptoms will increase as maintenance dose decreases, and the re-administration of variable doses of caffeine should also vary in its ability to reduce withdrawal effects (dose dependence).

With this in mind, the symptoms and signs the researchers judged valid or likely to be valid are as follows: headache, fatigue, decreased energy/activeness, decreased alertness, drowsiness, decreased contentedness, depressed mood, difficulty concentrating, irritability, foggy/ not clearheaded, flu-like symptoms, nausea/vomiting, and muscle pain/stiffness.

One of the more interesting findings is that non-headache symptoms represent distinct features of caffeine withdrawal syndrome and can occur in the absence of headache. Another interesting finding is the absence of empirical support for anxiety as a symptom, currently included in the DSM-IV TR criteria.

Craving/desire to use has unfortunately been little studied but is often reported by research subjects in abstinence-based studies and "…priority should be given to including measures of craving in future caffeine-withdrawal research" (pp.17).

While the symptoms of withdrawal listed above have been empirically validated, the clusters were not empirically derived and there is likely overlap (drowsiness/fatigue); future research should concentrate on differentiating clusters of symptoms.

"Research indicates that avoidance of abstinence-associated withdrawal symptoms plays a central role in the habitual consumption of caffeine" (pp.23). Ring a bell, anyone?

Andréa D'Elia
Psychologist at Cran

Juliano, L.M.; Griffiths, R. R. A review of caffeine withdrawal: empirical validation of symptoms and signs, incidence, severity, and associated features. Psychopharmacology 2004; 176: 1-29

Ask Andréa

Dear Andrea,

It's about a year now that I've been working as a counsellor in a methadone program, where clients voluntarily request my services. While I'm pretty used to clients missing appointments, I'm still confused when clients *seem* to really want to come, and then don't. For example, a new client came on time for the first three sessions, talked and talked, and then pouf! – no show, no call. Or the client who repeatedly calls, takes appointments, but doesn't show. Other clients come on time, seem organized, and then start showing up half an hour late.

In some ways I've feel like I've been "had" and it's aggravating – did I read their motivation so wrong?

Signed,

Three-Great-Dates-Then-He-Never-Called

Dear Three Great Dates,

It's easy for clinicians to mistake these behaviours for a lack of motivation or irresponsibility, get angry, and begin to deinvest the relation. While in harm reduction work many patients are at a developmental level where a "lack" of motivation and irresponsibility are expected, it's a clinicians's job to remain available, warm, and engaged. I think you're questioning whether it's worth doing this. I also think you read their motivation right. They are all talking to you.

Besides having initiated contact – which indicates some need on their part – these clients are talking to you through their behaviours, and it's your work to (help them) translate their messages from the language of behaviour, to the spoken word.

What all of these clients probably have in common is a level of anxiety that they can't express – with words, anyway. The possible reasons for such are many: thoughts or feelings before a session that are frightening (late?); content in a previous session that was too threatening (no show?); the insecurity of beginning to feel dependence (as in "to depend on"); fear that you won't hold them in mind (without an appointment); fear they've burdened you ("talked and talked"); anger that if directly expressed is seen as threatening to the relationship – to name but a few. Our clients themselves tend to interpret these behaviours as a lack of motivation or irresponsibility ("I'm just not disciplined".)

At your next contact (in session, through telephone outreach, or if need be, in the hallway) when you've remarked the missed session / lateness, let your client apologize or tell you how irresponsible he is. Then say, "I was thinking maybe something else was going on… I was wondering if…"

Your interpretation may be right or wrong, and the client may or may not be ready to discuss the threatening thoughts/ dependence fears/ anger, etc.. If this opens discussion, great. If not, it doesn't really matter. Because by simply connecting the actions with an emotional state you've given material for reflection, and by verbalizing this, communicated that it's O.K. to talk about it—without threat to your relationship. You've also conveyed that your image of the client is not the (old, comfortable) irresponsible label, and that his comfort level is important to you. And finally, that you are still *with* him— available, warm, and engaged.

Of course, all of this assumes that you respect your working framework. Telephone outreach can be done near the end of the appointment hour, and late clients should be seen only for the time remaining. Missed sessions should be rescheduled at the same time the following week, not sooner. Respecting your own cadre will help to minimize your aggravation.

The interpretation and working through of *resistance* is some of the most challenging work we do.

Rectificatif

Lors du dernier numéro, *Ask Andréa* présentait une situation difficile où le pharmacien essayait de faire livrer de la méthadone à un patient. La mise en scène présentait le pharmacien tentant de rejoindre l'infirmière, suggérant ainsi qu'elle pouvait lui donner l'autorisation de livrer la méthadone. Un lecteur averti nous a écrit afin de nous souligner que la mise en scène était erronée et que le pharmacien aurait dû tenter de rejoindre le prescripteur directement.

Bien que le but de l'article n'était pas de traiter de cet aspect, la mise en scène tentait d'authentifier une prescription faxée et un meilleur choix de mot aurait été préférable. Néanmoins, notre lecteur averti a raison dans chacun des cas : selon le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec, une prescription faxée doit être authentifiée par le pharmacien *directement* auprès du médecin prescripteur, et ce prescripteur ne peut pas déléguer une authentification à un(e) infirmier(ère). Andréa regrette cette erreur.

En réalité, les difficultés reliées à notre système de soins surutilisé, jumelées au manque de médecins prescripteurs, ont amené les infirmières oeuvrant dans les centres de méthadone à faire de tels relais d'information entre le prescripteur et le pharmacien (Aho…là, nous allons recevoir des lettres!) Si nous ne pouvons faire autrement qu'engendrer des fonctionnements qui vont à l'encontre des pratiques régulières, ne devrions-nous pas en parler? C'est souvent les pratiques qui font évoluer les lois — et après tout, le nom de notre journal *est* « Enjeux Méthadone ».

En bref

Dossier médical type

La question de la tenue des dossiers médicaux des patients traités avec la méthadone pour un problème de dépendance aux opioïdes a été soulevée à plusieurs reprises, tant par le Collège des médecins que par les médecins prescripteurs eux-même. Il semblerait, en effet, qu'il ne soit pas toujours aisé de recueillir de façon systématique et continue les éléments permettant de faire un suivi global de l'état de santé de ces patients.

Afin de mieux cerner cette réalité, en mars 2004, le Sam réalisait un sondage auprès des médecins québécois autorisés à prescrire de la méthadone dans le cadre du traitement de la dépendance. Les résultats de celui-ci sont révélateurs. Sur 55 médecins répondants, 44 trouvaient utile qu'un dossier médical type soit produit et 43 se disaient prêts à l'utiliser une fois qu'il serait disponible.

Désireux de toujours mieux répondre aux besoins des professionnels, l'équipe du Sam s'est donc mise à la tâche pour former un groupe de travail chargé d'élaborer ledit document type.

Après quelques rencontres et plusieurs étapes de validation, le groupe formé des docteurs Lisa Ellen Graves (Herzl), Pierre Lauzon (Cran/CHUM), Marcel Provost (CMQ) et de moi-même, a finalisé un document qui lui semble convivial et qui devrait faciliter le recueil des données pertinentes.

Le Sam est donc prêt à mettre à la disposition des professionnels un dossier médical type qui devrait être validé, dans les prochaines semaines, par les instances autorisées du Collège des médecins du Québec.

Ce document, qui sera très bientôt accessible dans la rubrique *Outils de travail à télécharger* de la section réservée aux professionnels de notre site Internet, est formé de quatre parties indépendantes les unes des autres (mode d'emploi, dossier initial, fiche de suivi, fiche récapitulative de l'évolution du dosage de méthadone et des privilèges) et de deux annexes (liste des problèmes, formulaire d'autorisation à communiquer des informations contenues au dossier).

Bien entendu, ce document étant conçu comme un guide de travail, les médecins qui souhaiteront l'utiliser auront toute latitude pour l'adapter à leur milieu de travail.

Prochaine rencontre des personnnes-pivots

La prochaine rencontre annuelle des personnes-pivots devrait se dérouler, le 28 octobre 2005, à l'Institut de Tourisme et d'Hôtellerie du Québec, à Montréal. Bien entendu, vous êtes invités à nous faire part des sujets que vous souhaiteriez voir traités par les personnes-pivots à l'occasion de cette rencontre. Pour cela, communiquez avec le Sam aux coordonnées habituelles.

Départ à la retraite

Le 11 février 2005, monsieur Denis Boivin, répondant toxicomanie pour l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, prenait une retraite bien méritée après de nombreuses années passées au service des plus démunis, en tant qu'intervenant tout d'abord et que fonctionnaire par la suite.

Denis Boivin a, entre autres, été l'un des acteurs clefs du développement de l'accessibilité des traitements avec la méthadone dans la région de Montréal. Nous le remercions pour son implication en tant que personne-pivot, mais aussi en tant que membre du comité consultatif du Sam et du comité organisateur du colloque de formation interdisciplinaire sur les traitements de substitution.

Nous lui souhaitons de passer la meilleure des retraites qui soit.

Éric Fabrès
Coordonnateur du Sam

Ont contribué à ce numéro:
Évelyne Bergeron; Dr François Couturier, Andréa D'Élia; Éric Fabrès; Johanne Lavoie, Pierrette Savard, Cynthia Scotland

Rédacteur et éditeur en chef: Éric Fabrès
Photographies: Évelyne Bergeron, Pierrette Savard et Rachel Sigouin
Révision—correction: Rachel Sigouin

Dépôt légal :
Bibliothèque Nationale du Québec
Bibliothèque du Canada
ISSN 1705-219X
Enjeux Méthadone, publié trois fois par année (février, juin et octobre)
Distribué gratuitement à 1200 exemplaires

Sam
110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7

Téléphone : (514) 284-3426
Sans frais : 1-866-726-2343
Télécopieur : (514) 284-6868
Courriel : infos@info-sam.qc.ca



WWW.INFO-SAM.QC.CA